B·A·R
174328

ORGANIZAREA SANITARĂ IN ROMÂNIA

PROBLEME ŞI PROPUNERI

Proect sintetizat de

DR. IOAN CLAUDIAN

In cadrul Secţiei Sanitare a Centrului Legionar de Studii şi Documentare

Editat de cuibul „Gheorghe Pavlescu"

B. A. R.
* L. 6544/1940
PRIMIT

BUCUREŞTI
INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE «EMINESCU» STR. ANGHEL SALIGNY, 2

ORGANIZAREA SANITARĂ IN ROMÂNIA

PROBLEME ŞI PROPUNERI

Proect sintetizat de

DR. IOAN CLAUDIAN

In cadrul Secţiei Sanitare a Centrului Legionar de Studii şi Documentare

Editat de cuibul „Gheorghe Pavlescu"

BIBLIOTECA *ACADEMIEI* ROMÂNE

BUCUREŞTI

INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE «EMINESCI» STR. ANGHEL SALIGNY Nr.

BIBLIOTECA ACADEMIEI ROMÂNE

Evoluţia concepţiei asistenţei sociale

Preocupările în domeniul sănătăţii publice oglindesc de-alungul veacurilor, concepţiile şi realizările politico-sociale.

Preocupările asupra sănătăţii colective şi structura politico-socială, a popoarelor.

In Evul-Mediu, ideia de asistenţă medicală e stăpânită de *mila creştină* care porunceşte ocrotirea celor săraci şi bolnavi. Se naşte *spitalul* în umbra bisericei.

Epoca medievală creştină.

Odată cu Revoluţia Franceză, anticlericală şi egalitară, concepţia asistenţei medicale se modifică:

a) Prin *laicizare şi*

Epoca statului burghez - democratic.

b) Prin introducerea ideiei, după care *toţi cetăţenii au drepturi egale la asistenţa medicală.* Această ideie, rămâne, ca mai toate ideile Revoluţiei dela 1789, pe plan cu totul teoretic.

In aceiaşi epocă, sub influenţa marilor descoperiri biologice — era bacteorologică — ia fiinţă *higiena publică* care nu este, în realitate decât *higiena individuală aplicată la colectivitate,* apărarea individului prin măsuri de ordin colectiv.

Epoca capitalistă.

In ultimele decenii, sub înrâurirea *industrializării* crescânde a populaţiei din ţările din Apus, se impun, acolo, claselor conducătoare preocupări noui.

Acest principiu evoluiază şi duce la organizarea *Asigurărilor Sociale,* (profilaxie, asistenţă, prevedere).

Această instituţie, care ia repede în ţările apusene proporţii vaste, e importată — fără mult discernământ — în statele agrare — şi la noi, deşi aceste state au pe primul plan, alte probleme de sănătate socială.

Această concepţiune a asistenţei sanitare şi economice a muncitorilor industriali s'a ivit în regiunile capitaliste sub două înrâuriri: a două idei:

a) una este de esenţă capitalistă: *valoarea comercială a capitalului uman;*

b) alta de esenţă socialistă: *armonizarea claselor sociale.*

In ce priveşte celelalte preocupări de medicină socială, ele se manifestă sub formă de *campanii sporadice.*

In rezumat: Realizările regimurilor democratice de până eri au fost de trei ordine:

— asistența medicală curativă,
— higiena publică, în sensul strâmt al cuvântului,
— asistență completă a muncitorilor industriali,
— campanii sporadice împotriva bolilor sociale din mediul rural.

O politică sanitară astfel concepută a dat în statele industriale din Apus rezultate mulțumitoare. In statele agrare unde condițiunile economice și culturale sunt altele, rezultatele au fost, cum era de așteptat, cu totul insuficiente.

Epoca biologiei națiunei.

Statele democratice totalitatea.

Abia în ultimii ani problema sănătății popoarelor s'a pus pe alte baze. «Ideia de «*Stat*» tinde să fie înlocuită prin aceia de «*Națiune*», ca o realitate biologică. In consecință, preocupările de «*sănătate publică*», devin preocupări de «*biologie națională*».

Ideia strâmtă a *higienei publice* face loc ideii de *higiena rasei*, prin care sănătatea poporului este privită în profunzime, în timp, în devenire peste multe generații. Este *eugenia*.

Domină cum este firesc ideia profilaxiei, a *medicinei preventive*. O profilaxie eficace cere cunoașterea cauzelor adânci, rădăcinile răului care sunt:

economice, sociale, culturale,
deseori *regionale*.

Preocupările de higiena muncei se aplică la toată națiunea, la toată muncitorimea dela orașe și dela sate.

Asistența curativă rămâne pe un plan secundar, încadrată fiind în preocupările generale ale biologiei națiunei.

Se tinde la alcătuirea unui *plan unitar de bio-politică*.

Este concepția sanitară care se integrează în aceia a *Statului totalitar* și care se apropie de realizare în țările care sunt cârmuite sub asemenea regimuri.

I. Problemele sanitare ale țării noastre

Probleme sanitare caracteristice țărilor agrare.

Atât prin natura lor cât și prin felul lor de soluționare, problemele de sănătate publică diferă după structura socială și economică a fiecărei țări. In țările agrare politica sanitară se lovește de o seamă de greutăți care lipsesc în țările industriale:

Demografice { Populație risipită
Excedent natal mare

Economice — Economia defectuoasă și oscilantă

Culturale { Ignoranță / Nedisciplină

Financiare — Lipsa de capital a țărilor de structură agrară.

Biopolitica țărilor agrare trebue deci alcătuită având în vedere aceste greutăți. Organizarea apuseană este inoperantă în asemenea condițiuni. In afara condițiunilor generale, fiecare țară agrară are caractere proprii care cer *norme de oganizare proprii.*

România este prin excelință o țară de structură agrară, cu 81,8% populație de agricultori (1938).

Bulgaria	78 %
Iugoslavia	77 „
Grecia	69 „
Ungaria	56 „
Italia	55 „
Germania	23 „

Se vor aplica deci în țara noastră normele de organizare impuse de această structură, adaptate bine înțeles specificului nostru.

Problemele sanitare ale țării noastre.

Vom enumera problemele cele mai însemnate ale sănătății poporului nostru:

Mortalitatea mare: 19/1000, ceeace reprezintă în cifre absolute, pentru anul 1937, 377.812, de decese, din care numai 88.000 indivizi trecuți de 65 ani.

Ungaria	15 ‰
Iugoslavia	15 „
Bulgaria	14 „
Grecia	14 „

Această mortalitate, care reprezintă o *cifră record* europeană este în luptă cu o mare *natalitate* care se cifrează la 31,5/1000 (1937):

Ungaria	21 ‰
Iugoslavia	27 „
Bulgaria	28 „
Grecia	30 „

Excedentul natal rămâne destul de ridicat: 12,5/1000.

Ungaria	7‰
Iugoslavia	16 „
Bulgaria	13 „
Grecia	12 „
Germania	6 „

Cifra mortalității generale însumează o serie de cifre de mortalități parțiale, din care unele reprezintă deasemenea cifră record european, și care constitue tot atâtea probleme sanitare. Le vom trece în revistă pe rând.

In statisticele oficiale, cea mai mare mortalitate o furnizează așa zisele «*boli organice*». Această denumire care înglobează un capital complex, cuprinde bolile aparatului respirator cardio-vascular, digestiv, ale sistemului nervos, etc. Toate aceste afecțiuni cari decimează populația noastră *nu se pretează la o profilaxie specială*. Ele sunt, în mod general, *consecința unei medicine curative nesatisfăcătoare*. Dar, mai mult decât aceasta ele sunt, după noi, *consecința bolilor sociale*» înrădăcinate în țara noastră și de care ne vom ocupa în special.

Mortinatalitatea reprezintă un procent de 2,1% de nașteri (cifre absolute: 14511 în 1937).

Ungaria	2,6/100	nașteri
Bulgaria	0,8	»
Grecia	0,6	»

Mortalitatea infantilă este o cifră care a variat în ultimii ani între 175—180/1000 de nașteri. Este o cifră record.

Bulgaria	149/100	nașteri
Iugoslavia	140	»
Grecia	132	»
Ungaria	135	»

Aceste două flagele scad considerabil capitalul biologic *cantitativ* al națiunei. In 1937 din 377,812 morți, 106.870 au fost copii sub un an, deci aproape o treime din cifra deceselor.

Ne vom ocupa acum de bolile sociale și bolile epidemice, (în afară de gripă) care lovesc deopotrivă și *cantitativ și calitativ* biologia națiunei. Le vom înșira deocamdată după criteriul mortalității în ordine crescândă:

Tuberculoza stă în frunte cu o mortalitate de 34.870 din care 30.930 tuberculoză pulmonară.

Bolile contagioase, socotite în bloc au secerat în anul 1937, 8.672 oameni.

Scarlatina	3.067
Rujeola	1.800
Febra tifoidă	1.557
Tifosul exantematic	524
Pelagra	3.256
Sifilisul	1.487
Paludismul	737
Alcoolismul	511
Guşa endemică	—
Trachomul	—
Turbarea	*121*

Dar evident, cifra mortalităţii prin aceste boli nu este prea concludentă. Ea nu ne arată însemnătatea reală socială a afecţiunei şi deci nu ne poate da indicaţii în ce priveşte gravitatea problemei:

1. Aceste cifre nu ne indică răsunetul real asupra mortalităţii generale.

De pildă sifilisul are o mortalitate neînsemnată, mult mai mică decât gripa sau cancerul; dar câte cazuri de mortalitate infantilă nu sunt consecinţa unei infecţiuni luetice necunoscute. Aceiaş observaţie pentru paludism.

2. Aceste cifre nu ne arată răsunetul afecţiunilor respective asupra valoarei calitative biologice a naţiunei. Fără să omoare, pelagra, sifilisul, paludismul, alcoolismul şi trachomul, boli a căror răspândire e greu de precizat, rod încet forţele naţiunii într'o măsură care nu se poate calcula, creaiază invalizi şi semi-invalizi care nu se înregistrează nicăeri, aruncă în mizerie o mulţime de familii, despre care statisticele nu vorbesc.

3. Insfârşit, cifrele generale de care am vorbit, şterg valoarea problemelor sanitare regionale:

Pelagra
Tifosul exantematic
Guşa endemică
Trachomul,

sunt grave *probleme regionale*, care caută să fie privite şi combătute ca atare.

De pildă: guşa endemică nu prea omoară, dar sunt sate în care 50% din locuitori sunt guşaţi şi cretini. Pelagra, care şi ea omoară puţin face ravagii istovind vlaga ţăranilor numai în anumite regiuni.

In concluzie:

1. Bolile sociale şi epidemice trebuesc clasate după însemnătatea lor reală, adică după răsunetul lor biosocial, de multe ori indirect şi depărtat.

2. Nu trebuesc pierdute din vedere problemele sanitare regionale.

Bolile sociale clasate după cauzele lor şi deci după mijloacele de combatere.

Toate relele pe care le-am înşirat până acum sunt *sociale* prin *origina lor* şi prin *efectele* lor. Dacă gravitatea lor, însemnătatea lor socială, se măsoară prin aceste efecte, origina lor ne arată calea de combatere, profilaxia eficace.

Din acest punct de vedere, al cauzelor, nu toate bolile sociale sunt deopotrivă dependente de factorii sociali. Etiologia socială ca să zicem aşa intră totdeauna în geneza lor, dar într'o proporţie foarte diferită. De pildă sifilisul, paludismul, sunt în primul rând maladii infecţioase şi în al doilea rând maladii de cauză socială. In schimb pelagra, alcoolismul, tifosul exantematic sunt strâns legate de starea socială, economică şi culturală a populaţiei. Tuberculoza ţine mijlocul între aceste două grupe, deşi suntem înclinaţi să o considerăm ca o afecţiune dominată de social şi economic.

Pentru a ne orienta în organizarea luptei sanitare vom împărţi relele sociale în două categorii:

1. Boli cu substrat social, economic-cultural predominant a căror profilaxie se va îndrepta în direcţia social, economic, cultural.

.2 Boli sociale dominate de factorii patologici şi care se pot combate şi prin mijloace medicale.

Problemele sanitare româneşti legate de factori sociali, economici, culturali.

I. In prima categorie notăm:

A. *Pelagra* care nu este decât un indicator al *subnutriţiei ţărăneşti*, legată la rândul ei de un anumit deschilibru economic.

B. *Tuberculoza,*
C. *Alcoolismul,*
D. *Tifosul exantematic,*
E. *Mortalitatea infantilă.*

II. In a doua categorie se cuprind bolile sociale a căror combatere implică, pe lângă măsuri de ordin social, economic şi cultural şi o acţiune sanitară propriu zisă:

A. *Boalele epidemice* în general,
B. *Paludismul,*
C. *Sifilisul,*
D. *Trachomul,*
E. *Turbarea,*
F. *Guşa endemică.*

In sfârşit:

G. *Tuberculoza* şi
H. *Mortalitatea infantilă*

sunt două rele — şi cele mai mari — care nu vor putea da înapoi decât sub acţiunea convergentă a redresării sociale cât şi a luptei sanitare.

Probleme de sănătate privite în cadrul social, economic şi cultural — Sociologia marilor boli sociale

Pelagra şi subnutriţia ţărănească.

Pelagra trebue privită ca un fidel meditator al mizeriei ţărăneşti, din ţările de consum de porumb. Ea nu mai există, practic vorbind nicăeri în Europa, în afara hotarelor ţării noastre.

In ţările vecine de acelaş tip agrar, în care consumul de porumb e însemnat, se găsesc abia câteva cazuri răsleţe.

In Bulgaria 30—40 cazuri pe an.

In Serbia se înregistrează sub 200 cazuri pe an.

In România sunt peste 200.000 de cazuri cunoscute. Dar această cifră trebue în realitate cu mult majorată. La un pelagros averat există cel puţin 10 pelagroşi latenţi şi sute de subnutriţi. Problema pelagrei se confundă deci cu problema *subnutriţiei plugarilor.*

E inutil să insistăm asupra caracterului de boală eminamente socială pe care o are pelagra. Cercetarea istoricului şi evoluţiei acestei boale ne arată că ea se iveşte cu aspect epidemic într'o anumită fază a evoluţiei agrare, anume când economia mixtă de tip patriarhal e înlocuită cu agricultura cerealieră aproape exclusivă şi — dependentă de fluctuaţiunile comerciale, cu alte cuvinte în faza de proletarizare a clasei ţărăneşti.

E instructiv, din acest punct de vedere cercetarea evoluţiei sărăciei ţărăneşti şi a pelagrei în Italia. Marea endemie de pelagră din Lombardia începe să descrească repede dela 1890 sub influenţa a două cauze: emigrarea şi industrializarea ţării. Până în 1911 cifra emigranţilor italieni atingea 10.000.000. Azi în Lombardia numai 28% din populaţie mai trăeşte din munca pământului. In această regiune pelagra e astăzi aproape stinsă. Această însemnată scădere a boalei se datoreşte cu deosebire schimbărilor economice de care am vorbit şi mult mai puţin măsurilor sanitare care s'au luat cu scopul ridicării nivelului alimentar (propagandă pentru însemânţarea grâului, ameliorarea conservării porumbului, brutării populare).

Un alt exemplu:

In U. S. A. pelagra se iveşte la începutul veacului nostru, în momentul când începe «marele efort pentru producţia agricolă de export».

In ţara noastră începuturile endemiei de pelagră ţin de un moment economic foarte asemănător: extinderea culturei de cereale solicitate de ţările apusene, în paguba păşunilor.

Ca pretutindeni, aşa zisa «prosperitate» a ţărilor agricole, merge mână în mână cu sărăcirea păturei producătoare.

Topografia pelagrei ne arată aceiaşi dependenţă de factorul economic. In ţara noastră, cum se ştie pelagra se opreşte brusc la hotarul dinspre Transilvania. Acest hotar desparte două tipuri cu totul deosebite de econo-

mie agrară, două nivele culturale și prin urmare, două tipuri alimentare.

In ce privește problema mai generală a subnutriției țărănești, cercetările pe teren duc la concluziunea că 75% din țăranii noștri din Moldova și Muntenia, 30% din plugarii de peste munți sunt subnutriți. Subnutriția îmbracă peste tot aceiași înfățișare. Caracterul ei de căpetenie este lipsa alimentelor animale și a anumitor vitamine care se găsesc în ele. Hrană exclusiv cerealieră și foarte monotonă.

Vom atrage luarea aminte asupra câtorva înfățișări deosebite și nedeajuns cunoscute ale acestei probleme:

1. Subnutriția colectivă este la noi ca și în alte țări un flagel rural. Oricât de mare ar fi sărăcia anumitor populații urbane, ea nu duce niciodată la nivelul alimentar coborât și la monofagismul anumitor regiuni rurale.

2. Subnutriția țărănimei noastre este *calitativă* și este *cronică*. Nu ia niciodată înfățișarea de foamete care să ducă la turburări politice, așa cum s'a întâmplat cândva în Rusia sau țările occidentale. Efectele ei nu sunt sgomotoase, acute. Țăranul nu se plânge de foame. Deficiența alimentară a clasei noastre rurale roade încet vlaga națiunii. Ea are un efect biologic lent care nu trebue să scape medicilor noștri. Biologia și biopatolgia țăranului român se apropie de aceia a populațiilor aboligeme coloniale. Consecințele în felurite domenii, sunt ușor de prevăzut.

Tuberculoza.

Evoluția endemiei de tuberculoză ascultă pretutindeni de legi sociale și economice precise. Intinderea ei este dictată, în mare măsură de structura social-economică a poporului. Boala este puțin întinsă în faza economiei naturale, ca și în aceia a economiei evoluate organizate, fie că este vorba de o țară cu agricultură intensivă fie că este vorba de o populație industrializată.

In schimb tuberculoza face ravagii în țările în care structura economică este într'un stadiu intermediar între aceste două faze. In această situațiune este țara noastră și până la un punct țările agrare vecine.

In România problema tuberculozei este în primul rând o problemă rurală. Astăzi vechia dogmă a «tuberculozei boală de oraş» a căzut. Cercetări amănunţite ne arată că această boală se întinde atât în mediile industriale «unde locuitorii trăesc îngrămădiţi în oraşe ca şi în ţările care sunt într'o stare de civilizaţie înapoiată, unde oraşele mari sunt rare şi unde ocupaţia de căpetenie a locuitorilor este agricultura» (Prinzing).

Concluziunile raportului Oficiului Internaţional de Higienă din 1931 sună:

1. Ţările agricole a căror agricultură nu este industrializată au indicele de mortalitate cel mai ridicat.

2. Mortalitatea de tuberculoză la ţară are tendinţa de a deveni mai ridicată decât mortalitatea dela oraşe.

3. Mortalitatea tuberculoasă a femeilor la ţară este mai mare ca a bărbaţilor.

Toate aceste afirmaţiuni se verifică în ţara noastră. E drept că mortalitatea urbană (202/100.000) este ceva mai ridicată decât cea din mediul rural (179,2/100.000) (1937).

Dată fiind însă enorma disproporţie dintre populaţia orăşenească şi cea sătească la noi în ţară problema tuberculozei rurale rămâne totuşi pe primul plan.

In 1937 s'au înregistrat 26.804 decese prin tuberculoză în mediul rural faţă de 8.066 cifra pentru mediul urban. Dealtfel cifrele statistice din mediul rural sunt mult mai îndoelnice să nu uităm că numai 62% din tuberculoşii dela ţară au avut îngrijiri medicale (93,5% în mediul urban).

In afară de asta, pe când tuberculoza urbană este aproape staţionară în ultimii ani, tuberculoza este în creştere în satele noastre aproape în 50% din judeţe.

Alcoolismul.

Alcoolismul este, alături de pelagră tipicul rău dependent de cauze social-economice şi strâns legat de stadiul de cultură.

O luptă raţională împotriva alcoolismului trebue să se inspire dela cercetarea cauzelor adânci ale răului. Din acest punct de vedere trebue să deosebim în ţara

noastră două feluri de alcoolism:

1. Alcoolismul de *tip industrial*, înrudit cu cel urban (Banat, Transilvania, orașe în general) al muncitorilor salariați, a căror stare economică nu este prea rea.

In această clasă tendința la abuz de alcool ține de

— *O mentalitate* și o *fază culturală* înapoiată. Contra acestei mentalități trebue luptat printr'o operă de reeducare și printr'o acțiune de organizarea recreației muncitorilor.

2. Există în țara noastră un tip mai răspândit de alcoolism este *alcoolismul rural* care este apanajul locuitorilor săraci din anumite regiuni de podgorii și d[illegible] tură pe drum. El ține, ca și tipul precedent în mare parte de

a) mentalitatea proletară rurală care este pretutindeni aceiași, înclină spre neprevedere și vicii. In această direcțiune o luptă *educativă* ar avea oarecare șanse de isbândă. Dar nu trebue lăsat la o parte un alt factor *economic* care împinge pe acești țărani la alcoolism Este

b) *Nevalorizarea materiilor prime din care se extrage alcoolul* (struguri, fructe).

O politică economică îndreptată pe această cale ar da desigur însemnate rezultate pe terenul sanitar, care ne interesează.

Insfârșit trebue să mai semnalăm existența unui alt factor producător de alcoolism și care explică într'o oarecare măsură tendința de abuz de alcool atât la muncitorii dela țară cât și la cei dela orașe. Este

c) *Nevoia de a acoperi repede consumul exagerat de calorii cerut de o muncă istovitoare.* E vorba deci de o cauză *fiziologică* legată de o rea higienă a muncii.

Tifosul exantematic.

Dintre toate bolile epidemice tifosul exantematic este acela care are un puternic determinism *social, economic* și *cultural.* Combaterea lui trebue neapărat privită și din acest punct de vedere. In afara factorului pur bacteriologic, al rezervorului de virus intră în epidemiolo-

gia lui şi un alt factor determinant: lipsa de higienă corporală, păduchii.

De ce ţine această tendinţă la vermină a ţăranilor din anumite regiuni?

a) de *sărăcie:* în anumite ţinuturi cum este Basarabia de mijloc, un mare procent de ţărani au o singură cămaşe. In alte părţi săpunul pe care-l posedă este în cantitate minimă. Aceste două fapte denotă un standard de viaţă sub orice limită admisibilă.

b) de *ignoranţă,* de nivelul coborît cultural: regiunea tifosului exantematic se suprapune oarecum cu zona celui mai întins *analfabetism.*

In anumite regiuni cumulul factorilor economici sociali, culturali duce la un adevărat „sistem", de boale sociale.

Astfel într'o anumită zonă din Basarabia de mijloc şi Moldova dintre Prut şi Siret se suprapun o serie de factori patologici, legaţi de mizerie şi ignoranţă, şi care duc la un nivel biologic foarte scăzut al populaţiei rurale.

Privind hărţile respective găsim în această zonă:

Cea mai întinsă pelagră,

Cel mai întins tifos exantematic,

Cea mai mare mortalitate infantilă,

Cea mai mare mortalitate generală.

Trebue să adăugăm:

Cel mai întins analfabetism.

Trebue să admitem că avem de a face aci cu un sistem de boli sociale care trebue să le cunoaştem dacă nu o cauză unică, cel puţin un mănunchiu de cauze strâns legate între ele.

Replica acestei regiuni o dă Transilvania unde:

Nu există tifos exantematic,

Nu există pelagră,

Analfabetismul e foarte scăzut (există însă o mare mortalitate infantilă).

Mortalitatea infantilă.

Mortalitatea infantilă este cum am spus, o rezultantă a mai multor cauze care trebuesc cercetate fiecare în parte pentru a putea ajunge la o profilaxie eficace. Aceste cauze variază oarecum cu mediul.

1. In *mediul rural* marea mortalitate infantilă a țării noastre ține în primul rând de natalitatea mare. E o trăsătură comună tuturor țărilor agrare. In afară de aceasta există cauze de ordin social, economic, cultural legate și ele de acest mediu.

Anchetele întreprinse la noi în țară arată lămurit dependența mortalității infantile de acești factori:

Astfel în comuna Comana mortalitatea sugarilor variază mult după starea materială a familiilor:

Stare materială bună	27% decese sub un an
Stare materială mijlocie	29,8
Stare materială rea	49,5
In aceiași comună media mortalității	34,2%
media la analfabeți	65,8%

2. In mediul urban unde mortalitatea infantilă întrece, la noi în țară pe cea rurală, trebue să admitem pe lângă cauzele de mai sus și alți factori legați de viața muncitorilor industriali:

Lipsa de protecție a mamei și a copilului, și răspândirea bolilor sociale care duc la mortalitatea sugarilor.

In rezumat: subnutriția țărănească și corolarul ei pelagra, alcoolismul și într'o mare măsură tuberculoza, exantematicul, și mortalitatea infantilă, sunt o serie de rele care *fac parte din aceiași familie etiologică socială.*

Ele cresc și se desvoltă pe acelaș teren social, economic, cultural, caracteristic țărilor agrare în general și specific oarecum țărei noastre. Toate aceste rele au rădăcini comune și deci până la un punct soluții comune. Nu este o simplă coincidență faptul că ele se suprapun, cum am văzut în anumite regiuni. Nu este o simplă întâmplare că întâlnim în acest grup câteva din *cifrele record* de mortalitate:

Pelagra
Exantematic
Mortalitate infantilă

Vom regăsi replica acestor recorduri pe terenul economic, social și cultural.

Caracteristicele sociale, economice și culturale ale populației din România.

Iată caracterele comune într'o oarecare măsură tuturor țărilor agrare, la care «problema țărănească» nu a fost încă rezolvată, dar care sunt mai accentuate în țara noastră.

1. *Populația agricolă într'o proporție foarte dominantă* 82—85%. Această proporție ține de o derivație demografică spre industrie foarte scăzută.

2. *Agricultură foarte predominant cerealieră* (82% din pământul de cultură). Acest fapt are ca urmare o *scădere a pășunilor* și deci *a vitelor*. In 1935 35,5% din gospodăriile țărănești nu aveau nicio vacă. Proporția e și mai mare în vechiul Regat.

Tot ea explică *dispariția industriei țărănești* și transformarea femeiei dela țară din gospodină în muncitoare agricolă.

3. *Densitatea mare a populației agricole*, mascată de o slabă densitate a populației la km.p.:

România 99 locuitori la 100 ha.
Iugoslavia 120 locuitori la 100 ha.
Bulgaria 119 locuitori la 100 ha.
Albania 260 locuitori la 100 ha.
Danemarca 36 locuitori la 100 ha.

Acest fapt, duce la o mare lipsă de pământ: 52% din exploatările agricole au sub 3 ha. pământ deci mai puțin decât minimul necesar exisenței — cu mijloace actuale de muncă.

4. *Producție foarte redusă la hectar*, adică agricultură extensivă datorită

lipsei de technică agricolă, (îngrășăminte, etc.).
lipsă de unelte,
lipsă de credit,
lipsă de vite,

România 9,3 chintale cereale la hectar.
Bulgaria, 11,8 chintale la hectar.
Iugoslavia, 11,8 chintale cereale la hectar.
Germania 19 chintale cereale la hectar.
Franța 15 chintale cereale la hectar.
Danemarca 26 chintale cereale la hectar.

5. *Valorificarea rea și inegală a produselor agricole, care ține de*:

lipsă de organizare statală (intermediari, etc.);
lipsă de căi de comunicație (regiunile cu prețurile mici de cereale sunt regiunile cu rețea săracă de căi ferate).

Toți acești factori îmbinați duc la ruperea raportului.

pământ — *producție* — *om.*

urmează suprapopulație agricolă.
șomaj agricol
pauperizare.

insuficienţă culturală şi morală analfabetism	subalimentaţie	Lipsă de higienă individuală: locuinţă rea muncă excesivă.

Scădere biologică — care explică cu prisosinţă alcoolismul, pelagra, tuberculoza ca şi mortalitatea infantilă, adică relele pentru care populaţia românească deţine triste recorduri.

II. Propuneri pentru soluționarea problemelor sanitare din România.

1. Coordonarea organelor de ocrotire socială, pentru ridicarea biologică a națiunei.

O bună parte din problemele de sănătate de care ne-am ocupat până acum, în frunte cu subalimentația, de care sunt în mare măsură legate și celelalte, sunt probleme care au relațiuni strânse cu factorii *sociali, economici, culturali.* Ele sunt în mare măsură probleme țărănești și trebuesc privite în complexul lor. Cercetând acest complex numai prin una din laturile sale, fie cea sanitară, fie cea culturală, fie cea economică, riscăm să nu ajungem niciodată la o soluție eficace. In realitate nu există probleme sociale izolate: una economică, una culturală, una sanitară și cu atât mai puțin probleme sanitare izolate.

Problema e unică și are, cel mult, felurite înfățișeri *regionale.* Fiecare colț din țară are suferințele lui, care implică soluții diferite: aici un drum, dincolo o fabrică, în altă parte câteva măsuri gospodărești bine chibzuite, pot ridica din toate punctele de vedere o regiune oropsită.

Nu intră în competența noastră să indicăm soluțiile cele mai potrivite marei probleme sociale a țării noastre. Vom atrage atențiunea numai asupra câtorva puncte, în legătură cu problemele sanitare de care ne ocupăm și în special cu cele legate de pătura țărănească, pe care le punem pe primul plan atât ca însemnătate cât și ca greutate de rezolvare.

Greşelile organizării de Stat de eri: fragmentarea şi ataxia efortului de ocrotire socială.

Vechiul regim politic care a cârmuit această ţară în ultimele decenii, nu arată să fi avut o preocupare socială susţinută, adâncă şi eficace îndreptată spre ţărănimea noastră. Energia guvernelor a fost absorbită de alte probleme «burgheze», care erau, sau mai curând păreau, mai acute.

Statul liberal a fărămiţat un efort care se cerea unic ca şi obiectivul său. După modele străine şi după criterii abstracte, alteori după interese personale au luat fiinţă o serie de organe menită să veghieze asupra bunei stări sociale în special asupra păturei rurale, care reprezintă imensa majoritate a locuitorilor ţării noastre:

Mininsterul Agriculturei
Ministerul Sănătăţei
Ministerul Muncii
Ministerul Educaţiei Naţionale
Oficiul Cooperaţiei
Institutul de cercetări agrare, etc., etc.

Problemele economiei şi sănătăţii ţărăneşti interesează, sub o formă sau alta toate aceste organe. Marea problemă ţărănească se oglindeşte în toate aceste instituţii în felurite chipuri, dând imagini deformate şi ireale. Unitatea ei se pierde. Atât pentru cunoaştere cât şi pentru înfăptuire, sforţările sunt fragmentare şi ataxice.

Ministerul Agriculturii, de pildă, nu cunoaşte sub nici o formă problemele subnutriţiei rurale.

Ministerul Sănătăţei nu face nici o legătură între *economic* şi *sanitar*, deşi aceşti factori se suprapun şi se influenţează în chip evident, la fiecare pas.

Ministerul Educaţiunii Naţionale nu este preocupat de problemele de insuficienţă culturală şi educativă care sunt la baza atâtor rele şi boli sociale.

Institutele de cercetări se pierd în studii pline de interes teoretic, fără efecte vizibile pe terenul practic.

Lipsa unei preocupări unitare, a unui comandament unic în asistenţa socială rurală e mult simţită. *Muncitorimea dela oraşe are un astfel de organ de coordonare,*

un Minister al muncitorimii. Muncitorii de pe ogoare care alcătuiesc 85% din populația noastră sunt lipsiți de un asemenea organ de ocrotire.

Lipsa acestui organ care să sintetizeze asistența rurală în toate domeniile, se vede la fiecare pas.

Exemple:

1. Sprijinită de Ministerul Muncii, Liga Națională contra tuberculozei a întreprins o intensă campanie profilactică în sânul muncitorimei industriale care are astăzi un număr însemnat de paturi în sanatoriile sale. *Țăranii nu au acces în aceste sanatorii:* asistența tuberculoșilor în mediul rural nu există.

2. Alt exemplu de incoordonare: Ministerul de Interne înființează, prin organele regionale eleșteie comunale pentru pește cu scopul de a ameliora hrana țăranilor.

Ministerul Sănătății întreprinde în același timp o campanie împotriva lacurilor socotite ca focare de paludism.

3. «Rațiuni de Stat» impun taxe vamale pe uneltele de plugărie importate din străinătate (pluguri, etc.), în timp ce Ministerul Agriculturii luptă pentru îmbunătățirea muncii agricole.

4. Din aceleași «rațiuni de Stat» zahărul românesc este scumpit cu 18 lei la kgr., fără să se mai țină seama că populația țărănească nu-și mai poate îngădui consumul acestui aliment și că suntem țara de cel mai mic consum de zahăr din Europa: 1,5 — 3 kgr. de familie pe an (mediul rural).

Noul regim în fața vechilor probleme. Un organism unic care să călăuzească asistența integrală a păturii țărănești.

Nestânjenit, liberat de toate mizeriile vechilor guvernări, regimul legionar poate înfăptui această sinteză pe terenul social ca și pe cel administrativ și politic.

Fără ezitare, vechile puncte de sprijin ale Statului democrat și liberal, nepotrivite cu nevoile unei țări de țărani, trebuesc lichidate. Trebue săvârșită sau mai bine zis, *refăcută sinteza statală,* călăuzită de nevoile vitale ale Națiunei și în primul rând ale țărănimii. *Funcțiunile Statului trebue să devină reflexul nevoilor Națiunii.* Toate Ministerele care se ocupă de probleme speciale: Economia Națională, Lucrări Publice, Educație Națională, etc., trebue să-și unească eforturile în sensul social, trebue să-și proecteze preocupările în domeniul social, economic și cultural.

In acest scop propunem:

1. Infiinţarea unui *Consiliu inter-ministerial social*, având ca preocupare de căpetenie starea socială şi în special starea ţărănimii. Acest organ nu trebue să aibă un simplu rol consultativ ci trebue să fie un factor de acţiune imediată.

2. In centrul acestui Consiliu inter-ministerial social va trebui să existe un organ care să cârmuiască asistenţa socială integrală atât pe plan social economic, cât şi pe plan educativ şi sanitar. El va însuma în acelaş timp atribuţiunile *Ministerului Sănătăţii* de astăzi cât şi cele ale *Ministerului Muncii*, şi îşi va proecta zona de acţiune cu deosebire acolo unde este nevoie, adică în mediul ţărănesc. Această unificare — nu alipire — a celor două Ministere de care am vorbit s'a înfăptuit în Jugoslavia şi a dat rezultate cu totul satisfăcătoare. Această coordonare şi unificare a organismului de ocrotire socială integrală se va extinde spre teren. In judeţe şi în comune vor exista organe similare care vor înfăptui aceiaşi coordonare de care este absolută nevoie.

In acest chip, *lupta de ridicare socială şi culturală va merge mână în mână cu lupta de ridicare sanitară*, de la conducerea Statului până la sat.

In aşteptarea redresării sociale, economice şi culturale a ţărănimii, care nu se poate înfăptui într'un ritm prea rapid, o coordonare sistematică a organelor de Stat, aşa cum am conceput-o mai sus, ar avea putinţa să soluţioneze în scurt timp o parte din problemele de sănătate. Dăm aci câteva soluţiuni economice şi educative cu efecte rapide în ce priveşte relele sociale de căpetenie.

Măsuri rapide de pe care le poate realiza o coordonare a organelor sociale, economice şi culturale pentru combaterea câtorva boli sociale.

Combaterea subnutriţiei ţărăneşti.

Să începem cu problema subnutriţiei ţăranilor care stă la temelia celor mai multe din bolile sociale rurale. Hrana cerealieră a ţăranului român, mai ales din vechiul Regat, trebue complectată cu aşa zisele alimente *protectoare*.

Măsurile cele mai uşor de luat în această direcţiune sunt:

1. *Incurajarea creşterii vitelor de lapte în fiecare sat*, prin înfiinţarea de grajduri comunale. Creşterea acestor vite este relativ costisitoare şi legată de existenţa păşunilor şi a culturilor furajere. Este nevoie în această direcţiune de o intervenţie activă a Statului care să înlesnească achiziţionarea şi care să dea îndrumarea technică (Ministerul Agriculturii şi Domeniilor). Dar este nevoie şi de o intervenţie tot aşa de activă a iniţiativei locuitorilor iniţiativă care trebue coordonată sub forma de cooperative, etc.

BIBLIOTECA *ACADEMIEI* ROMÂNE

2. *Crescătorii de porci.* Porcul e animalul care se întreţine cu minimum de cheltuială şi de spaţiu şi pe care din aceste motive ţăranul nostru l-a adoptat de mult ca animal de hrană.

E. de asemenea, singurul animal al cărui stok se poate reface într'un an.

Subnutriţia ţărănească, aducătoare de pelagră s'ar evita dacă s'ar găsi mijlocul ca orice gospodărie să aibă pe an 2, 3, 4 porci, în proporţie cu membrii familiei. Ne întrebăm dacă pentru un început nu s'ar putea legifera obligativitatea creşterii unui număr de porci de fiecare gospodărie. E drept că în multe cazuri, bugetul ţăranului nu-i îngăduе să crească porcii de care are nevoie. Dacă cooperaţia nu ar putea rezolva problema, ar fi nevoie de o intervenţie din partea Statului. Bine înţeles nu vedem o asistenţă gratuită. In schimbul animalelor procurate s'ar putea percepe o prestaţie în natură, în muncă plastică în epoca de iarnă.

Campania aceasta trebue complectată cu măsuri bine studiate: a) Creşterea şi selecţionarea raselor bune şi productive de către organele Statului. b) Găsirea mijlocului ca animale să servească exclusiv la hrana ţăranului (oprită vânzarea sub orice formă. c) Instruirea ţăranilor în technica conservării cărnii şi grăsimii de porc, aşa cum se practică în Transilvania, şi care nu se cunoaşte deloc în vechiul Regat.

3. *Infiinţarea de iazuri comunale* care se pot construi în multe sate fără mare cheltuială de bani şi de muncă. Este vorba de o operă de cooperaţie pentru îmbogăţirea hranei cu peşte.

4. *Infiinţarea de priseci comunale,* care se pot face oriunde cu un minimum de cheltuială şi care vor constitui exemple pentru gospodari care pot să câştige astfel sume însemnate şi pot să-şi amelioreze hrana.

Campanie pentru *vite de lapte,* pentru *porci,* pentru *iazuri,* pentru *priseci,* tot atâtea subiecte de *bătălii legionare,* care pot fi duse uşor la isbândă.

Combaterea alcoolismului.

Cercetarea cauzelor adânci ale alcolismului, pe care am schiţat-o mai sus, ne arată căile de urmat pentru o luptă eficace împotriva acestui flagel.

Nu propagandă directă, conferinţe şi afişe.

Propunem:

1. Valorificarea strugurilor şi a prunelor în anumite regiuni prin măsuri de Stat care să încurajeze o industrie de conservare.

2. Ridicarea economică şi regulamentară muncei excesive, istovitoare, care este cum am văzut, un factor fiziologic în-

semnat care împinge la băutură. Se va realiza în chip firesc prin mecanizarea muncei agricole.

3. Educarea sufletească a poporului, organizarea recreației, atât în mediul urban cât și în cel rural.

4. Încurajarea și răspândirea, de către organele Statului a băuturilor nealcolice eftine și hrănitoare.

Rărirea debitelor, fără măsurile de mai sus, e o măsură incompletă și care împinge la fraude.

2. *Principiile generale ale luptei sanitare.*

Ridicarea socială, economică și culturală a poporului, duce dela sine la ridicarea nivelului biologic al națiunei, prin soluționarea radicală și trainică a bolilor sociale, legate cum am văzut, de acești factori peristatici. In așteptarea acestei evoluții care în chip fatal, va întârzia avem la îndemână *mijloace medicale,* sanitare, ale căror efecte sunt mult mai rapide.

Ne vom ocupa deci aci de *lupta sanitară* propriu zisă, care trebue dusă paralel și sub aceiași comandă cu lupta social-culturală.

Această luptă comportă două sectoare, care dealtfel se ating și se întretaie în multe puncte.

1. *Sectorul boalelor organice* a căror combatere ține în special de *medicina curativă.*

2. *Sectorul boalelor sociale și epidemice* a căror combatere se face în special prin *medicina preventivă.* Dar profilaxia multor boli sociale se face tratând cazurile existente (tuberculoză, boale epidemice, sifilis, paludism) așa că în realitate noțiunea de medicină preventivă trebue înlocuită cu aceia de medicină socială.

Combaterea bolilor organice.

In ce privește primul sector, acela al medicinei curative, el este reprezentat prin instituțiile de tratament, spitale și dispensare, care aparțin sau sunt controlate de Ministerul Sănătății. Medicina curativă, așa cum există astăzi, este desigur insuficientă atât ca mijloace materiale cât și ca organizare. Carența este mai accentuată *în mediul rural.* Este vorba în special de lipsa de paturi pentru ospitalizare de insuficiență de personal.

In mediul urban deasemenea, se simte nevoia de a se mări mijloacele de ospitalizare. Dar în acest mediu ceeace lipseşte în special este o organizare unitară.

Combaterea bolilor sociale.

Problema medicinei curative a cărei organizare maximală ar cere desigur mult timp, se situiază pentru un moment, pe un plan secundar.

Problema care cere o soluţionare rapidă este aceia a *medicinei sociale* şi în special aceia a medicinei sociale în *mediul rural*. In primul rând această problemă este mai gravă prin ea însăşi, într'o ţară de ţărani cum este ţara noastră. In al doilea rând ea este una din problemele pe care vechiul regim le-a lăsat cu totul în uitare.

Deci în această direcţiune trebue făcută prima sforţare a luptei sanitare. Dacă subnutriţia rurală, pelagra, alcoolismul sunt rele care ţin, cum am văzut, exclusiv de factorii sociali, economici, şi culturali şi trebuesc combătute prin mijloace care ţintesc aceşti factori, există o serie de boli sociale care au un determinism social mai puţin însemnat. Bolile epidemice în general, paludismul, sifilisul, trachomul, turburarea, sunt înainte de a fi boli de cauze sociale, *boli infecţioase* care au profilaxia lor.

Tuberculoza este cum am văzut o boală socială şi în aceiaşi măsură o boală infecţioasă şi contagioasă, care poate fi combătută şi îngrădită prin mijloace medicale.

Fiecare din aceste rele au o technică particulară de profilaxie. Sunt boli a căror combatere este costisitoare şi cere un timp îndelungat, sunt altele care se pot îngrădi cu mijloace mai ieftine şi mai uşoare.

Astfel, pentru combaterea sifilisului, a paludismului, a guşei endemice, nu este nevoie de spitale speciale. E nevoie numai de o depistare a cazurilor, care se poate realiza prin campanii trecătoare şi printr'o supraveghere permanentă, şi de o cantitate de medicamente. Cu mijloacele actuale, îmbunătăţite şi reorganizate, această combatere se poate face în condiţiuni mulţumitoare. In ce priveşte lupta anti-malarică, credem că trebue renunţat deocamdată la campania de asanare a lacurilor, care este o metodă mult prea costisitoare (272 ha. de bălţi au costat 31.150.000 lei).

Boalele contagioase în general cer posibilităţi de izolare

şi mijloace de desinfecţie pe teren, care sunt cu totul neîndestulătoare astăzi, mai ales în mediul rural.

Turbarea cere pe lângă măsuri de poliţie veterinară, institute antirabice cu posibilităţi de găzduire.

Combaterea trachomului, problemă mai mult regională, cere deasemenea posibilităţi de ospitalizare reduse şi organizarea unor campanii de depistare. Profilaxia şi tratamentul ambulator va putea fi continuat cu ajutorul organelor curative actuale, înbunătăţite.

Tuberculoza.

Cu mult mai complicată este problema *tuberculozei*. Lupta împotriva acestei boli comportă trei ordine de măsuri:

1. izolarea celor contagioşi;
2. depistarea precoce a cazurilor;
3. introducerea vaccinării B.C.G. la nouii născuţi din familiile suspecte.

1. Izolarea bolnavilor contagioşi necesită *paturi, spitale*. Plecând dela un program minimal şi considerând ca foarte contagioşi numai pe cei ce mor în cursul unui an, găsim o cifră de 35.000 de bolnavi ce trebue izolaţi (azi avem 7.000—8.000 de paturi destinate acestor tuberculoşi, şi rezervate aproape toate numai orăşenilor). Asistenţa tuberculoşilor în mediul rural — 30.000 de morţi pe an — este inexistentă. Majoritatea tuberculoşilor contagioşi dela ţară dorm în acelaş pat cu oameni sănătoşi, cu copii).

Aceste 35.000 de paturi absolut indispensabile s'ar putea repartiza în servicii de tuberculoză ataşate la spitalele judeţene, şi în câteva sanatorii regionale de tuberculoză. Costul construcţiei, socotind la preţul de astăzi 500.000 lei un pat s'ar ridica la 17.000.000.000 lei. Socotind o cifră bugetară de 2.000.000.000 pe an această campanie de înzestrare ar cere minimum opt ani.

2. Numai după realizarea spitalelor — cel puţin în parte — se poate trece la o campanie de *depistare*. Iată cum a fost concepută această campanie de *Marius Nasta*:

Instrument de lucru: dispensarul mobil cu echipament radiologic şi de laborator cu zile de consultaţie fixă.

Metodă de lucru: cum nu se poate concepe o examinare a întregei populaţii, trebue să se procedeze la o alegere sistematică a cazurilor de cercetat. Acest examen radiologic şi clinic se va limita la:

a) Membrii familiilor unde există tuberculoşi cunoscuţi sau cazuri de moarte prin tuberculoză în ultimii zece ani, sau copii de şcoală cu o cutireacţie pozitivă.

b) Deci necesitatea unei cutireacţii a tuturor copiilor din şcolile primare.

Dacă am admite că în această categorie de suspecţi intră cam o cincime din populaţia rurală (3.200.000) şi am socoti că o echipă radiologică poate face 100 de examene pe zi lu-

crând în medie cinci zile pe săptămână şi 50 de săptămâni pe an (25.000 examene anuale) ar însemna că avem nevoie de 128 instalaţii, mai puţin de două pe judeţ.

Costul acestor instalaţiuni şi al automobilelor respective s'ar ridica la 64.000.000 ceeace cu o prevedere bugetară de 20.000.000 lei anual s'ar putea realiza în patru, cinci ani.

3. In ce priveşte vaccinarea din B.C.G., ea este o metodă care s'ar putea extinde fără o mare cheltuială în plus.

Mortalitatea infantilă.

Nu credem că o campanie dusă direct împotriva mortalităţii infantile — în mediul urban sau rural — ar avea sorţi de isbândă. Cercetarea cauzelor acestei plăgi ne arată calea de urmat. In primul rând combaterea permanentă a deficienţelor sociale, economice şi culturale (alimentaţie, locuinţă, educaţie). In al doilea rând combaterea bolilor sociale de care am vorbit.

Factorii luptei sanitare.

Pentru lupta sanitară care ne aşteaptă atât în domeniul medicinei curative, dar mai ales în cel al medicinei sociale, este nevoie de trei factori:

1. *Bani (material);*
2. *Oameni pregătiţi;*
3. *Organizare.*

(Trebue să avem în vedere în cursul acestei lupte greutăţile de alte ordine: *lipsa mijloacelor de comunicaţie).*

1. Calculele superficiale pe care le-am făcut mai sus arată suficient greutatea problemei materiale, problemă care nu se poate rezolva decât cu timpul. Dificultăţile materiale care erau enorme sub vechiul regim, pot fi mult scăzute într'un regim legionar:

Prin alegerea mijloacelor de combatere cele mai eftine.

Spitalele şi dispensarele trebue să fie concepute simplu pe măsura unei ţări sărace cum e ţara noastră.

Condiţiunile de construcţie să fie eftinite prin intervenţia unui oficiu de construcţii unic pe Stat.

Mâna de lucru va fi pusă la îndemână de o luptă legionară care ar putea mobiliza echipe şi ar putea economisi banul.

Dat chiar în asemenea condiţiuni este nevoie de un efort bugetar care trebue eşalonat pe cinci-zece-două-

zeci de ani după un plan dinainte studiat în amănunte.

2. *Oamenii,* luptătorii pentru acest războiu există în parte. Avem medici specialişti care să conducă echipele. Ceeace lipseşte este însă personalul ajutător bine pregătit.

Pentru a avea prima promoţie de oficianţi sanitari sau surori de ocrotire e nevoie de doi-trei ani. Pentru cmpletarea necesităţilor ideale e nevoie de 15—20 de ani—. Efortul legionar poate şi în această privinţă să scurteze timpul. In lipsa oamenilor competenţi se poate recurge la echipe legionare care să înlocuiască câtăva vreme lipsa specialiştilor.

3. Insfârşit trebue o *conducere unitară,* o coordonare a efortului atât în ce priveşte studierea problemei, adică întocmirea planului maximal de realizare cât şi a luptei pe teren, adică înfăptuirea treptată a planului maximal.

Vechiul regim a arătat şi în domeniul sanitar aceiaşi lipsă de coordonare pe care am găsit-o pe planul social. Nu exista un organ unic care să conducă cercetările în domeniul medicinei sociale sau care să organizeze campanii susţinute sau însfârşit care să aleagă problemele după necesităţile reale ale ţării.

Fiecare boală socială era studiată fără un plan definit de către organe foarte diferite.

De pildă paludismul era cercetat în acelaş timp la Facultatea de Medicină din Bucureşti, la Institutul de Higienă, la Institutul Cantacuzino. Nu exista nici o legătură constatată între aceste organe.

Problemele de epidemiologie sunt cercetate în acelaş timp de Institutul Cantacuzino şi Institutele de Higienă.

In domeniul nutriţiei rurale şi al pelagrei, sforţările sunt şi mai puţin coordonate: Institutul de Fiziologie al Facultăţii de Medicină din Cluj, Institutul de Higienă dela Iaşi, Academia de Medicină, etc.

In ce priveşte asistenţa bolilor rurale, profilaxie şi tratament în mediu urban, ea era reprezentată de instituţiile de iniţiativă particulară (Eforie etc.), in institutţiile Asigurărilor Sociale, de cele ale Ministerului Sănătăţii. In mediul rural toată asistenţa sanitară revine Mi-

nisterului Sănătăţii care practic vorbind nu se ocupă decât de problemele medicinei curente curative. Nu s'a făcut mai nimic în domeniul higienei şi medicinei la ţară. Activitatea în acest domeniu s'a rezumat la câteva campanii sporadice fără un plan pe mai mulţi ani, fără discernarea importanţei problemelor.

Se vădeşte deci în ce priveşte *alegerea problemelor* (reumatismul, bolile cardiace nu sunt probleme de primul plan). Coordonarea eforturilor şi susţinerea lor, aceiaşi ataxie pe care am găsit-o la organizarea asistenţei economice a ţărănimei.

Necesitatea unui comandament unic al sănătăţii şi al asistenţei sociale este evidentă.

3. Organizarea Ministerului Muncii Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale.

(Vezi schema)

Cele spuse în paginile anterioare ne îndreptăţesc să propunem pentru organizarea Ministerului M. S. O. S. planul schematic alăturat. Rămâne ca amănuntele să fie studiate ulterior.

Principiile de bază ale acestui plan sunt:

1. *Coordonarea asistenţei integrale:* social-economic-cultural şi sanitar.

2. In sectorul sanitar propriu zis: *situarea medicinei şi higienei sociale pe plan cel puţin egal cu medicina curativă.*

3. *Indreptarea efortului spre sate,* unde problemele sunt mai acute şi preocupările vechiului regim au fost absente.

Atragem atenţiunea că acest plan este un *plan maximal* care nu se poate înfăptui integral decât într'un număr de ani. Intârzierea realizărilor este în funcţie de:

a) *găsirea mijloacelor materiale;*

b) *pregătirea personalului.*

Acest plan trebue să fie completat cu:

1. *Un plan de finanţare* (Casa Sănătăţii, Casa Asigurărilor, Eforii Sanitare, Cooperaţie sanitară) şi

2. *Un plan de realizări succesive, seriate* care să ţină seamă de urgenţa problemelor şi de adaptarea instituţiilor existente la noul program.

1. Comisia inter-ministerială socială, o vedem ca o comisie care va funcţiona intermitent, la nevoie periodic. Ea va grupa în jurul Ministerului M. S. O. S. o serie de Ministere care pot colabora pe *terenul social* (aşa cum Consiliul de Cabinet grupează câteva Ministere pentru acţiunea pe plan politic şi general statal, această comisie le va grupa pe planul social).

Nucleul acestei comisiuni îl va alcătui în chip firesc M. S. O. S. El va expune problemele şi va înmănunchia preocupările şi activitatea celorlalte Ministere proectându-le pe planul social. Din această comisiune ar putea face parte toţi Miniştrii a căror domenii de activitate sunt legate în mod permanent sau accidental de domeniul social: Ministerul Agriculturii şi Domeniilor, Ministerul Economiei Naţionale, Ministerul Educaţiei Naţionale, Ministerul Lucrărilor Publice, eventual Ministerul Apărării Naţionale, etc.

Această comisiune va avea rolul să ia *hotărîri* coordonate spre scopuri precise.

Exemple: O regiune se poate ridica prin *drumuri*, alta prin lucrări publice care să utilizeze braţe. In alte părţi e nevoie de campanii de ridicare educativă, care să meargă paralel cu cea sanitară (Ministerul Educaţiei).

2. Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, este organul care conduce lupta de ridicare biologică a naţiunii. Această ridicare se poate face ducând paralel *o luptă sanitară* propriu zisă şi *o luptă social-economic-educativă.*

In vederea acestei *asistente integrale* am conceput *trei direcţii tehnice* care să lucreze armonic.

2 direcţii sanitare	{	med. curativă med. socială
O direcţie social-educativă.	{	Dir. muncii şi ocrotirii sociale.

Primele două direcţii sanitare ar avea atribuţiunile mevechiului Minister al Sănătăţii, cu deosebirea că medicina socială ar fi pe acelaş plan cu cea curativă, care era predominantă ca însemnătate în vechiul regim.

A treia direcţiune ar avea oarecum atribuţiile Ministerului Muncii de altădată, cu două mari deosebiri:

a) preocuparea se proectează la sate,

b) acţiunea intensă de educare socială legionară. Vedem această direcţiune ca unul din stâlpii regimului legionar.

Inaite de a trece la organizarea spre teren a acestor trei direcţiuni technice, să spunem câteva cuvinte despre celelalte organisme centrale.

Direcţia administrativă (personal, contabilitate, financiar, material sanitar, contencios) nu va fi modificată în esenţă.

In ce priveşte problema finanţării organelor de sănătate, în special relaţiunea cu asigurările sociale ea iese din cadrul prezentului memoriu.

1. *Direcţia medicinei* curative va avea sub conducerea ei toate institutele de medicină curativă: spitale, dispensare, în afara spitalelor şi dispensarelor de boli sociale (tuberculoză, pelagră, trachom, etc.) care trebuesc organizate şi supraveghiate de Direcţia medicinei sociale.

In mediul urban direcţia I-a va conduce deci toate instituţiile de tratament ale vechilor organisme de binefacere existente în centrele mari (Eforie, Spiridonie, Brâncovenesc, etc.) care vor fi statizate cel puţin din punct de vedere technic şi administrativ.

Acelaş control se va exercita asupra tuturor ambulatoarelor creiate din iniţiativă particulară — fundaţii sau cooperative — ale salariaţilor publici particulari, etc. In principiu ambulatoriile din mediul urban vor fi înfiinţate după numărul locuitorilor, după cartiere şi în măsura posibiliului ataşate spitalelor.

La fiecare serviciu de consultaţiuni va fi ataşat unul sau doi *medici pentru consultaţii la domiciliu,* cu ore fixe de gardă.

In oraşele capitale de judeţ centrul curativ principal va fi *spitalul judeţean,* care deserveşte atât mediul rural cât şi cel urban. Compunerea lui variază după însemnătatea oraşului sau a judeţului. Am conceput trei categorii după numărul serviciilor (vezi schema).

Propunem ca o măsură de mare interes social, ca medicul şef de serviciu să fie oprit de a practica medicina într'un cabinet particular. Va putea să fie chemat în consult de către medicii practicieni.

Al doilea centru curativ va fi *spitalul de plasă.* El nu exista decât acolo unde este neapărată nevoie (distanţe mari, populaţie deasă) şi va avea totdeauna două secţiuni: interne-contagioase şi chirurgie-obstetrică.

Organismul extrem de medicină curativă rurală este medicul de circumscripţie medicală (una la 3.000—4.000 locuitori, sau chiar la mai mulţi în localităţile cu populaţie densă). Medicul de circumscripţie va avea la dispoziţie un *dispensar,* o cameră cu trei-patru paturi, cu locuinţă pentru persoanl.

Personalul: un medic, un agent sanitar şi o soră de ocrotire.

Aci la circumscripţia medicală se întâlnesc, de altfel cele două elemente: curativ şi preventiv.

La oraş circumscripţia rurală va avea ca analogie *dispensarul de cartier* (la un număr mult mai mare de locuitori) în special pentru tratamente-injecţii.

In mod obişnuit activitatea medicului de circumscripţie este fixă, la dispensar cu ore de consultaţii. Medicul se deplasează numai în cazuri grave, naşteri sau în cursul campaniilor de profilaxie conduse de medicul de plasă.

Direcţia II.

Medicina şi igiena socială.

Organul imediat dependent şi capital al acestei direcţii este *Institutul de igienă şi medicină socială.*

BIBLIOTECA *ACADEMIEI* ROMÂNE

Acest Institut care trebue conceput, atât pe plan teoretic cât şi pe plan practic ca un organism de vaste proporţii, va fi deocamdată unic, şi situat în capitala ţării. Teoretic el este creerul, laboratorul creator al principiilor de luptă medico-socială. Spiritul ştiinţific trebue să înlocuiască deci spiritul biurocratic. Practic acest Institut este în realitate un *conglomerat de institute*, lucrând fiecare cu o largă autonomie, dar călăuzite de un plan unic statal.

Activitatea generală a Institutului de I. şi M. S. se desfăşoară în trei sectoare :

1. *Cercetări.*
2. *Activitate practică.*
3. *Invăţământ.*

1. Cercetările se vor proecta la rândul lor pe două planuri :

activitatea *centrală.*
activitate pe *teren.*
Ele se vor întreprinde în trei domenii :

a) Cercetări de *laborator.*
b) Cercetări *clinice.*
c) Studii de *documentare şi statistică.*

2. Activitatea *practică a institutului,* va consta în centralizarea şi coordonarea rezultatelor studiilor pentru aplicarea lor practică, spre teren. O concepem ca o *acţiune permanentă şi ca o acţiune sporadică* (echipe de specialişti pentru campanii regionale cu un plan de câţiva ani).

Institutul va inspira deci programul de activitate pe teren, activitate care va fi controlată de *Centrele regionale de igienă şi medicină socială.*

3. *Prin activitatea sa didactică* Institutul de igienă şi Medicină socială va fi legat de Ministerul Educaţiei, respectiv de Facultatea de Medicină din Bucureşti. Institutul va organiza şi va conduce acest învăţământ de medicină socială. Şefii Secţiilor respective vor fi cei care vor preda cursurile teoretice şi practice în cadrul acestui învăţământ.

Invățământul medicinei sociale comportă:

1. Un curs de igienă și medicină socială cu durată de un an, în cadrul Facultății (pentru toți viitorii medici).

2. O serie de cursuri teoretice și practice de 2 ani, un *curs de specializare*, pe care îl vor urma, după absolvirea facultății, medicii care se dedică medicinei sociale. Alături de cursurile teoretice viitori medici sanitari vor face stagii obligatorii în fiecare secțiune a Institutului, după un program ce rămâne să fie alcătuit.

3. In sfârșit acest Institut de Igienă și Medicină socială va *pregăti personalul medico-social ajutător*, de care este imperioasă nevoie. In principiu va exista o școală de *oficianți sanitari*, cu o durată de 3 ani, una de surori de *ocrotire*, cu o durată de 2 ani. Deocamdată durata cursurilor și programul acestor școli va fi alcătuit ținându-se seama de necesitățile imediate ale medicinei sociale.

Până acum ne-am ocupat de activitatea funcțională a Institutului. In ce privește *structura sa technică*, el este compus dintr'un număr de *secțiuni*, de proporții foarte diferite, și care cum am spus, pot fi considerate ca tot atâtea organisme autonome.

Vor exista în principiu șase asemenea secțiuni:

1. Igiena individuală și colectivă, igiena muncei.
2. Epidemologie. { Turbare / Trachom / Sifilis și boli venerice
3. Boli sociale, cu subscripții { Paludism / Tuberculoza
4. Nutiție, pelagră, alcoolism.
5. Eugenie-Antropologie.
6. Protecția mamei și copilului.

Fiecare din aceste secțiuni va avea însemnătatea care i se cuvine. Subsecțiunile bolilor sociale, cum este de pildă, aceia care se ocupă cu studiul și combaterea tuberculozei va avea în realitate însemnătatea unui institut. In organizarea acestor secțiuni trebue să se țină seama de Instituțiile existente din care unele au avut o activitate remarcabilă. (Liga Națională contra tubercu-

lozei, Institutul de Seruri și vaccinuri etc.). Va fi vorba, deci, de o coordonare, de o raționalizare care să nu stânjenească în niciun fel activitatea lor autonomă.

Toate aceste «secțiuni» își vor proecta, la rândul lor activitatea pe trei planuri :

Cercetări, învățământ, organizarea combaterii atât pe *teren,* cât și în *Institutul central.* Conducătorii și personalul lor va lua, în chip firesc parte la învățământul medico-social.

Fiecare secție va avea activitatea sa clinică care se va desfășura în spitale și institutele de boli sociale dependente de ea (vezi schema).

Fiecare secție va elabora programul de activitate practică, planul de luptă pentru întreaga țară. Toate aceste planuri se vor centraliza și se vor canaliza spre Centrele *regionale de Medicină Socială.*

Aceste centre regionale, vor conduce lupta medico-socială în regiunile respective, în acord cu celelalte organe regionale, în special cu centrul regional de ocrotire socială.

Coborându-ne mai jos, spre teren, avem *medicul primar de județ,* prin excelență organ de igienă și medicină socială.

Pe lângă șeful medico-social al județului va funcționa un *laborator fix,* un *laborator volant,* unul sau două *posturi volante de radiologie,* cu tot personalul technic necesar. Medicul primar de județ va menține continua legătură cu *Casa legionară județeană* pe deoparte, cu spitalul de județ pe de alta. Organul încadrat inferior va fi *medicul de plasă.*

Medicul social de plasă (o plasă 50.000—100.000 locuitori) are la dispoziție o echipă : 2 oficianți sanitari, 2—3 surori de ocrotire, o ambulanță. Rolul lui este să vegheze asupra stării medico-sociale a plășii. Preocupări principale, profilaxia maladiilor contagioase, higiena muncii, higiena școlară. El dispune, din punct de vedere al medicinei sociale, de *medicul de circumscripție* al cărui rol curativ trebue totuși, respectat.

In afara echipei sale mobile și în afara colaborării cu medicul de circumscripție, medicul social de plasă are un contact permanent pe teren cu un organ fix: *sora de ocrotire.* Ea are un *rol informativ,* în ce privește principalele boli sociale: mortinatalitate, mortalitate infantilă, subnutriție, alcoolism. Ea are și un *rol activ-educativ* în combaterea relelor sociale: educație prenatală, puericultură (în colaborare cu moașa) educație gospodărească. Când este cazul, e ajutată de personalul echipei dela plasă.

Direcția III-a a ocrotirii sociale și a muncii.

Conduce asistența socială și educativă. In mod natural ea stabilește legătura permanentă cu celelalte organe (Ministere) care pot, indirect, contribui la ridicarea insuficienței social-economice și educativ-culturale: Ministerul Agriculturii, Ministerul Economiei Naționale, Ministerul Educației. Ea face deci permanent oficiul pe care Consiliul inter-ministerial îl face în mod periodic.

Direcțiunea lucrează într'un domeniu care este prin excelență, domeniul de activitate legionară.

Are două servicii:

1. *Serviciul asistenței culturale și educative.*

Scopuri:

a) depistarea insuficienței culturale și educative,

b) educație gospodărească,

c) organizarea recreației.

2. *Serviciul de asistență socială și economică.*

a) depistarea «sărăciei», a șomajului, etc.;

b) organizarea muncii: Conflicte de muncă, Plasarea șomeurilor, în sensul *organizării derivației demografice rurale.*

c) asistența bătrânilor și invalizilor.

d) conducerea Casei Asigurărilor Sociale — în mediul urban. (Serviciul medical trecând la direcția sanitară, Casa Asigurărilor rămâne o instituție de economie forțată și de ajutor mutual).

Coordonarea cooperatiei sanitare, în mediul rural.

Primul organ, spre teren, al acestei direcţii este:

Centrul de asistenţă socială regională, este regional, vecin cu centrul de igienă şi medicină socială, şi reflectă spre teren toate preocupările direcţiei ocrotirilor. Poate mobiliza echipe de cercetări şi ridicare socială pe teren. De el depind azilele de bătrâni, invalizi, etc.

Organul imediat dependent este *Casa Legionară judeţeană*, care poate centraliza şi alte preocupări.

Pe teren organul informativ şi până la un punct activ este :

a) Sora de ocrotire (despre atribuţiunile căreia am mai vorbit) şi

b) Un post cultural educativ (legionar? învăţător? preot?).

Dar *activitatea* pe acest teren este mai curând o operă de echipă, plecată de sus, (judeţ, regiune), şi care se întâlneşte cu iniţiativa locală.

In *comuna rurală*, toate aceste direcţiuni, toate aceste căi, se întâlnesc în *Casa Comunală Legionară*.

Aci vor exista în principiu:

— un post de higienă (baie);

— un post de îmbunătăţire a gospodăriei rurale (cooperativă de producţie şi consum).

— un post cultural-educativ (bibliotecă, radio, etc.).

— un post medical (eventual).

In Casa Legionară:

1. Se cordonează, se armonizează pe teren, diversele acţiuni de ridicare socială.

2. Se întâlneşte, cum am spus, efortul statal plecat dela centru, cu iniţiativă legionară locală.

Această iniţiativă se poate manifesta pe orice teren (educativ-economic şi chiar sanitar).

Inceputul logic ar fi o organizare cooperatistă de producţie şi consum (ameliorarea agriculturii, a creşterii vitelor-grajduri comunale) sub direcţia technică a Ministerului Agriculturii.

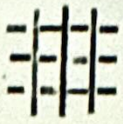
Pe lângă această cooperativă ar putea lua fiinţă o *secţie sanitară*, o *cooperativă sanitară* şi care ar com-

pleta organizaţia sanitară de Stat (medic, dispensar, etc.). M.S.O.S. ar avea rolul să încurajeze, să ajute aceste iniţiative sanitare.

* * *

Această expunere succintă şi schematică este opera colectivă a Secţiei Medicale a Centrului Legionar de Studii.

Ea are însemnătatea unui îndreptar. Scopul ei este, deci, să sublinieze problemele de căpetenie ale sănătăţii poporului nostru şi să traseze — în linii mari — cadrul de organizare al luptei de ridicare sanitară. Acest cadru cată să fie împlinit în amănunt de cercetările ulterioare ale comisiilor de specialişti.



BIBLIOTECA ACADEMIEI ROMÂNE

INSTITUT DE ARTE GRAFICE
„EMINESCU" S. A.
BUCUREŞTI I, STR. ING.
ANGHEL SALIGNY No. 2

ORGANIZAREA MINISTERVLVI SĂNĂTĂTEI MVNCEI ȘI OCROTIRILOR SOCIALE

MINISTER. AGRICVLT. | MINISTER. EDVCAȚIEI | COMISIA INTERMINISTERIALĂ SOCIALA | MINISTER. ECONOMIEI | MINISTER. LVCR. PVBL.

MINISTERVL SĂNĂTĂTEI MVNCEI ȘI OCROTIRILOR SOCIALE

DIRECȚIA ADMINISTRATIVA — Personal · Contabilitate · Control financiar · Material sanitar

Minist. Agriculturei · Minist. Economiei · Minist. Educației

DIRECȚIA MEDICINEI CVRATIVE

- INSPECTORI TECHNICI
- INSTITVTELE SPITALICESTI DIN CENTRELE MARI
- EFORIA SPITALE OR. CIVILE
- AȘEZĂMINTELE BRANCOVENESTI
- EPITROPIA SPIRIDONIEI
- ETC.

DIRECȚIA HYGIENEI ȘI MEDICINEI SOCIALE

INSTITVT DE HIGIENA ȘI MEDICINĂ SOCIALĂ

CERCETARI	COMBATERE	INVĂȚĂMÂNT
1) Clinice (centrele și pe țară)	1) Acțiune permanentă	1) Medici Școlari (un curs anual în Institut)
2) Experimentale	2) Acțiune sporadică (echipe de specialiști pentru campanii regionale cu mijloace de cîteva zile)	2 ani pentru Specialiști și Medicii cursuri și stagii în fiecare an
3) Documentare — Statistice		3) Personal ajutător: 3 luni pt. Asist. Soc. 2 ani pt. Asist. de ocrotire

Hygiena individuală și colectivă · Hygiena muncei rurale și industriale

Epidemiologie · Boli sociale: Tuberculoza, Reumatismul, Cancerul, Trahomul, Venerice · Asistență Rurală: Pelagra, Alcoolismul · Antropologie și Eugenie · Hygiena Mamei și Copilului

- Inst. de Boli contagioase
- Sanatorii și Tuberculoși
- Spital Trahom
- Inst. pentru educarea și ocrotirea deficienților
- Dispensare de Puericultură
- Clinici Boli contagioase
- Servicii de vaccinări
- Institut Anti-rabic
- Spitalul de Pelagroși

CENTRE REGIONALE DE HIGIENA ȘI MEDICINĂ SOCIALĂ

DIRECȚIA OCROTIREI SOCIALE

- ASISTENȚA CVLTVRAL-EDVCATIVĂ
  - Dezvoltarea simțului educativ
  - Educația gospodărească
  - Organizarea odihnei
- ASISTENȚA SOCIAL-ECONOMICĂ
  - Dispensarul „Sarcinei"
  - Concediul de muncă
  - Plasarea somerilor (organizarea serviciului demografic)
  - Asistența bătrînilor, invalizilor
  - Casa asigurărilor sociale (în mediu urban)
  - Casa cooperației sanitare (în mediu rural)

CENTRE REGIONALE DE ASISTENȚA SOCIALĂ

3 regiuni — Constituirea pe regiuni a problemelor de ocrotire socială

SPITAL DE JVDEȚ — CLINICA

După importanța județului și a orașului de reședință

CATEGORIA I	CATEGORIA II	CATEGORIA III
Med. interne	Cu pav. de internare de Tuberculoși și contagioși	—
Chirurgie		
Maternitate		
Radiologie	—	—
Laborator	—	—
Farmacie	—	—
Oto-Rino-Oftalmologie	Tuberculoși	
Urologie	Contagioși Pediatrie	
Neurologie		
Contagioase		
Pediatrie		
Tuberculoși		
Boli ven. și piele	Masaj · Cg. Sex.	

CONSULTAȚII: Otologie · Oftalmologie · Stomatologie

MEDIC PRIMAR DE JVDEȚ

CASA LEGIONARĂ JVDEȚEANĂ

Educație · Muncă · Asigurări

Supraveghează și conduce din toate punctele de vedere viața socială a poporului — preventiv

SPITAL DE PLASĂ

Unde nu este — distanța mare de capitală

2 secții: Interne — Contagioși · Chirurgie Maternitate

MEDIC DE PLASĂ

50.000 — 100.000 locuitori

- AMBVLANȚĂ
- Oficianți Sanitari
- Surori de Ocrotire

= Echipă Mobilă

Evidența Medicală a Plăgii
Profilaxia Bolilor Contagioase
Higiena Muncei
Higiena Școlară (prin școală)

MEDIC DE CIRCVMSCRIPȚIE

- DISPENSAR Boli Pulmonare
- LOCVINȚE PERSONALE
- FARMACIE
- Moașă
- Agent Sanitar

Școală de Ocrotire

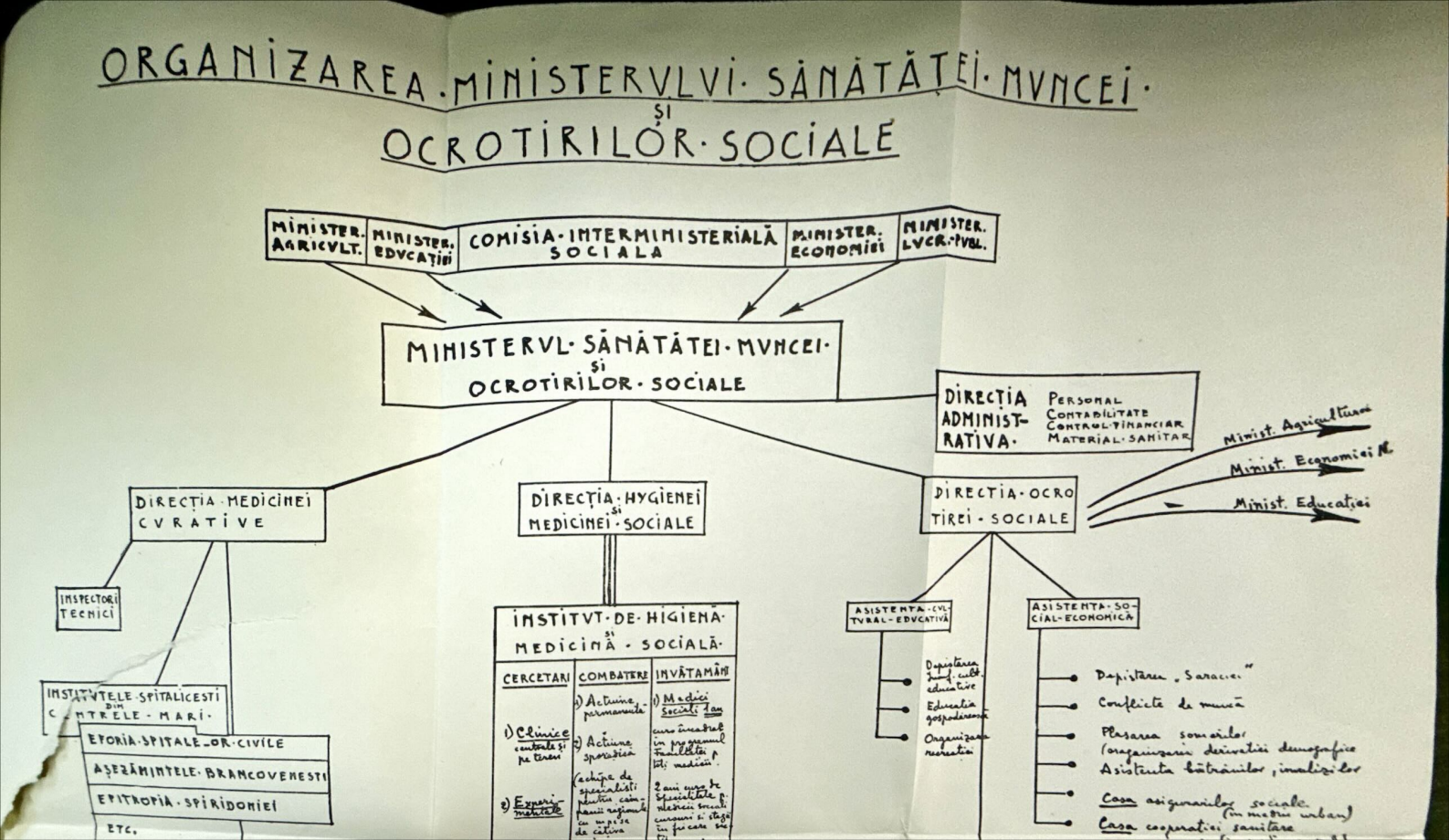
Boli infecțioase	Balanță
Mort. infantilă →	Hygiena Infantilă
Morbiditate infantilă →	Puericultură
Alcoolism →	Educație
Subnutriție →	

Împreună cu Masa Comunală

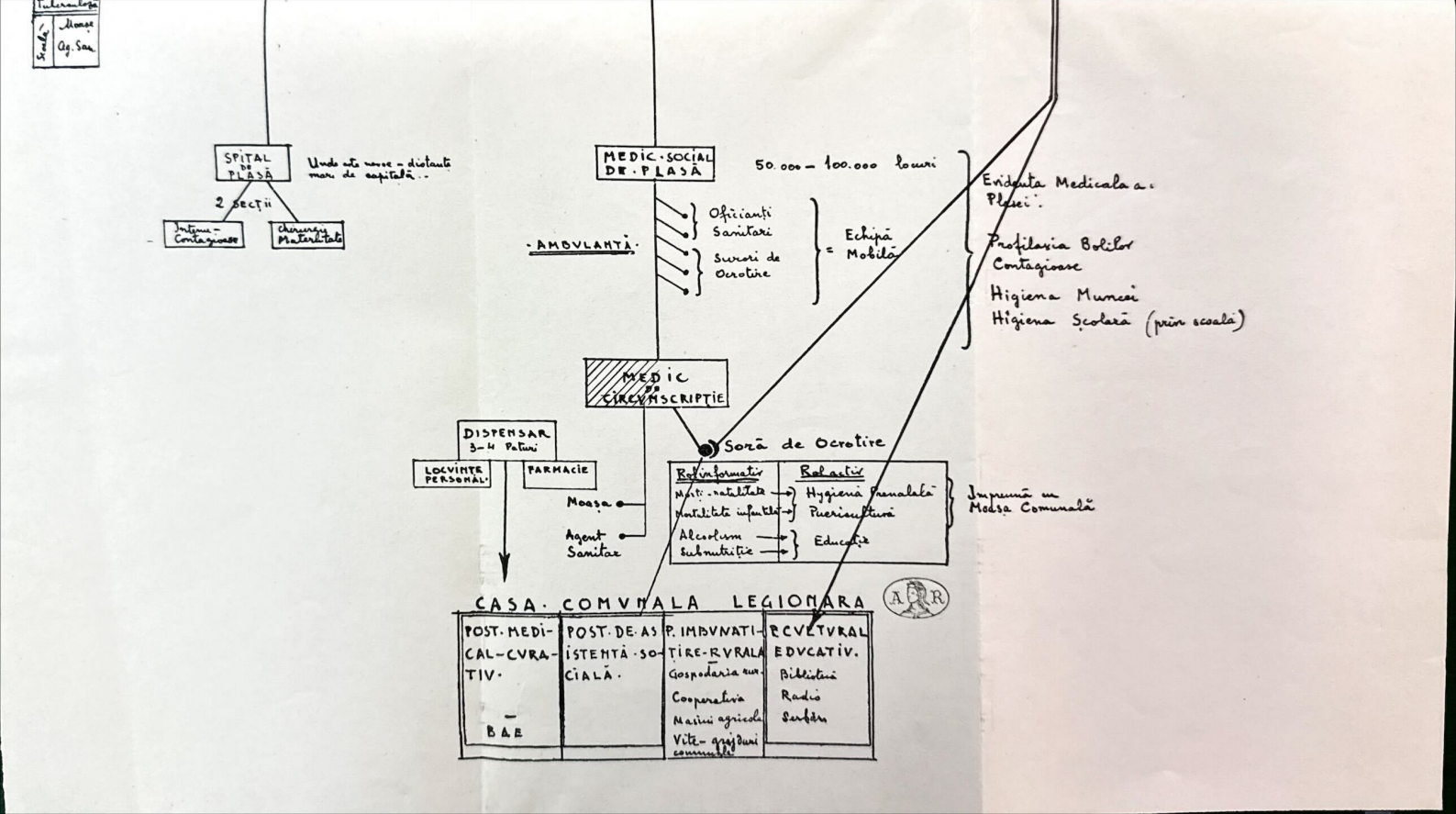
CASA COMVNALA LEGIONARA

POST. MEDICAL CVRATIV. — B&E	POST. DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ.	P. IMBVNĂTĂȚIRE RVRALĂ	RECREATVRAL EDVCATIV.
		Gospodăria com.	Bibliotecă
		Cooperativa	Radio
		Mașini agricole	Berărie
		Viță-legumicultură comunală	

ORGANIZAREA MINISTERVLVI SĂNĂTĂȚEI MVNCEI ȘI OCROTIRILOR SOCIALE



ETC.
cu un post de câtiva ani
3) Documentare - statistica
cursuri și stagii în fiecare secție
3) Personal ajutător
3 ani of. sanitari
2 ani surori de ocrotire
Casa asiguraților sociale (în mediu urban)
Casa cooperației sanitare (în mediu rural)
Hygiena individuală și colectivă. Hygiena muncii rurale și industriale
Epidemiologie
Boli sociale
Tuberculoza
Paludism
Turbare
Cancer
Tracom
Nutriție Rurală
Pelagra
Alcoolism
Antropologie și Eugenie
Hygiena Mamei și Copilului
Institute și Spitale de boli Nervoase.
Clinică Boli contagioase
Seruri și vaccinuri
Sanatorii de Tuberculoză
Institut Antirabic
Spital Tracom
Spital de Pelagra
Inst. psihotehnice și educare a deficienților
Dispensare de Puericultură
CENTRE · REGIONALE DE · HIGIENĂ · ȘI · MEDICINĂ · SOCIALĂ ·
CENTRE · REGIONALE DE · ASISTENȚA · SOCIALĂ ·
3 · ȚARĂ.
Coordonează pe regiuni problemele de ocrotire socială
SPITAL · DE · JUDEȚ - CLINICA -
După însemnătatea Județului și a orașului de reședință
MEDIC · PRIMAR DE JUDEȚ
CASA · LEGIONARĂ JUDEȚEANĂ —
Educație
Munca
Asigurări
Supraveghează și conduce "din toate punctele de vedere viața socială a județului — orașului.
CATEGORIA I
CATEGORIA II
CATEGORIA III
Med. internă
Chirurgie
Maternitate
Radiologie
Laborator
Farmacie
Oto-Rino-
Oftalmologie
Urologie
Neurologie
Contagioase
Cu pav. de interne de tuberculoză și contagioase
Tuberculoza
Contagioase
Pediatrie
CONSULTAȚII
Otorino-


Tuberculoza
Scoală
Moașe
Ag. San.
SPITAL DE PLASĂ
Unde este nevoe - distante mari de capitală..
2 SECȚII
Interne - Contagioase
Chirurgie Maternitate
MEDIC SOCIAL DE PLASĂ
50.000 - 100.000 locuri
Evidența Medicala a Plasei.
Profilaxia Bolilor Contagioase
Higiena Muncei
Higiena Școlară (prin scoală)
Oficianți Sanitari
Surori de Ocrotire
= Echipă Mobilă
AMBULANTĂ
MEDIC DE CIRCUMSCRIPȚIE
DISPENSAR 3-4 Paturi
LOCUINȚE PERSONAL
FARMACIE
Moașa
Agent Sanitar
Soră de Ocrotire
Rol informativ
Rol activ
Morți - natalitate
Mortalitate infantilă
Hygiena Prenatală
Puericultură
Alcoolism
Subnutriție
Educație
Impreună cu Moașa Comunală
CASA COMUNALA LEGIONARA
POST. MEDICAL-CURATIV.
BAE
POST. DE ASISTENTĂ SOCIALĂ.
P. IMBUNATIȚIRE-RURALA
Gospodaria rur.
Cooperativa
Mașini agricole
Vite-grajduri comunale
P. CULTURAL EDUCATIV.
Biblioteca
Radio
Serbări